FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898 — N° — 13

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 26 Octobre 1898, à 1 heure

PAR

Fernand-Rémy-Lucien SILVIE

NÉ LE 1er OCTOBRE 1871, A LA BASSE-TERRE (GUADELOUPE, ANTILLES FRANÇAISES)

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE LA

RÉGRESSION UTÉRINE

PRÉSIDENT : **M. PINARD**, professeur.

JUGES : **MM. FOURNIER**, professeur.
LEPAGE, **TEISSIER**, agrégés.

PARIS
LOUIS LHEN, IMPRIMEUR
34, RUE DU FOUR, 34

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898 — N° 13

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 26 Octobre 1898, à 1 heure

PAR

Fernand-Rémy-Lucien SILVIE

NÉ LE 1er OCTOBRE 1871, A LA BASSE-TERRE (GUADELOUPE, ANTILLES FRANÇAISES)

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE LA

RÉGRESSION UTÉRINE

PRÉSIDENT : **M. PINARD**, professeur.

JUGES .. **MM. FOURNIER**, professeur.
LEPAGE, agrégés.
TEISSIER, agrégés.

ACAD. LUGDUNENSIS BIBLIOTH.

PARIS
LOUIS LHEN, IMPRIMEUR
34, RUE DU FOUR, 34

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	THOINOT.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	TUFFIER.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
BAR.	NELATON.	TEISSIER.	
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	MERY.	VAQUEZ.
BROCA André.	LEJARS.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LETULLE.		WEISS.
CHASSEVANT.	LEPAGE.	RETTERER.	WIDAL.
DELBET.	LEGUEU.	RICARD.	WURTZ.
DUPRÉ.	LANGLOIS.	ROGER.	WALLICH.
DESGREZ.	LANNOIS.	SEBILEAU.	
FAURE.	MARFAN.	THIERY.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE Pr PINARD

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous sommes heureux d'adresser tous nos remerciements à nos maîtres dans les hôpitaux.

C'est avec un véritable plaisir que nous nous acquittons de cette dette de reconnaissance. Nous n'oublierons jamais ni leurs savants enseignements, ni les bons conseils qu'ils nous ont toujours prodigués pendant tout le temps que nous avons eu l'honneur d'être leur élève.

Nous remercions M. le professeur agrégé Reynier d'abord, de l'accueil qu'il nous a fait à l'hôpital Tenon, puis de sa bienveillance à nous admettre pendant notre première année d'externat dans son nouveau service de Lariboisière.

M. le docteur Duflocq a été un des premiers à nous enseigner directement les principes élémentaires de la clinique médicale et de la bacteriologie, nous sommes heureux aujourd'hui de lui donner une faible marque de reconnaissance.

Nous n'avons qu'à nous louer de l'enseignement du docteur Tenneson qui nous a appris pendant notre court séjour à Saint-Louis, le diagnostic et le traitement des affections cutanées les plus communes.

M. le docteur Delpeuch a complété notre instruction médicale et nous a fait voir les difficultés de la clinique. Nous le remercions particulièrement de son obligeance habituelle, et les treize mois passés à ses côtés en qualité d'externe compteront certainement parmi les meilleurs de nos études.

Nous offrons le témoignage de notre profonde reconnaissance à MM. Auvard et Potocki, qui nous ont enseigné l'accouchement.

Nous n'oublierons pas non plus de remercier tous ceux dont nous avons été l'élève à des titres divers : MM. Menétrier, Lejars, Demelin, le regretté de Saint-Germain, etc.

Nous apprécions bien vivement l'honneur que nous fait M. le professeur Pinard, en acceptant la présidence de notre thèse et nous le prions d'agréer l'assurance de tous nos remerciments.

INTRODUCTION

Jusqu'à présent l'étude complète des divers phénomènes de la régression utérine n'a pu être faite complétement en raison des difficultés pratiques qu'elle présente. Aussi quand notre maître, M. Potocki, nous a encouragé à choisir ce sujet, il nous a bien fait ressortir que notre thèse ne sera qu'une contribution à l'étude de la régression utérine.

Nous remercions vivement M. le Docteur Demelin de nous avoir permis de recueillir nos observations dans son service de l'hôpital St-Louis et d'examiner à notre gré les nouvelles accouchées.

Malheureusement nous avons eu à subir le mauvais vouloir des malades, de sorte que nous avons éprouvé tous les inconvénients des observations faites au lit du malade.

Néanmoins nous avons pu réunir 15 observations complètes relatant tout ce qui nous intéresse, plus 1 autre un peu insuffisante pour notre sujet.

Nous avons pu hystérométrer cinq de nos malades à leur sortie de l'hôpital.

Nous nous contenterons de résumer très brièvement l'historique de ce sujet.

Nous dirons ensuite quelques mots des différents procédés employés pour la mensuration de l'utérus du post partum ; puis nous expliquerons le procédé que nous avons suivi pour mesurer quotidiennement l'utérus tant en hauteur qu'en largeur le résultat auquel nous sommes arrivés et l'interprétation qu'on peut en tirer. Enfin à l'appui de nos observations nous joindrons quelques graphiques qui à eux seuls nous semblent plus probants que tout le reste.

HISTORIQUE

On peut diviser en trois parties l'ensemble de l'étude de la régression utérine. Tantôt les auteurs se sont efforcés de faire des recherches histologiques du muscle depuis l'accouchement jusqu'au retour à l'état normal, tantôt on n'a eu en vue que les modifications macroscopiques de l'organe aux différentes époques du postpartum, enfin en poussant plus loin leurs investigations, d'autres auteurs ont recherché quelles sont les causes multiples qui peuvent faire varier la marche de la régression soit en retardant ces phénomènes, soit en les accélérant.

L'étude microscopique comme la partie macroscopique, comprend deux parties suivant que l'on s'occupe du col ou du corps même de l'utérus.

Après l'accouchement la séreuse hypertrophiée revient à son état normal.

Kölliker pense que les fibres musculaires subissent la dégénérescence graisseuse en partie, le reste s'atrophie ; d'après lui, dès la quatrième semaine, on voit apparaître des rudiments d'éléments nouveaux.

Ces études sont complétées par les travaux de Heschl, M. Duncan, Rolleston, Jenks et de Helme, en 1890. M. Ch. Robin, lui, n'admet pas la dégénérescence graisseuse.

Le professeur Ch. Robin est venu prouver après Dance, Tamelé, Chaumel et Cruveilhier, que la tunique musculaire n'était pas à nu après la délivrance mais qu'il y avait déjà une

nouvelle muqueuse dès le quatrième mois de la grossesse et qu'elle était déjà régénérée complètement au bout de 65 à 70 jours après l'accouchement.

D'un autre côté, Weber, Coste, Van Baër, Bischoff, Colin (Thèse 1843), avec Friedländer, Léopold et de Sinéty, qui, eux, ont étudié au microscope, pensent que la muqueuse s'est dédoublée.

La portion adhérente de la surface extra-placentaire contient des glandes, du tissu interglandulaire, des vaisseaux sanguins, des vaisseaux et des espaces lymphatiques du tissu interglandulaire qui dégénèrent et sont expulsés en partie et en partie régénérés pour former une muqueuse nouvelle.

Les hypothèses de Désormeaux (tension des vaisseaux pendant la grossesse et leur lenteur à revenir sur eux-mêmes), de Velpeau (boursoufflement au niveau de l'insertion placentaire), de Jacquenier (défaut de contractilité des lacunes), ont été réfutées par Ch. Robin, Friedländer, Léopold, et de Sinéty; pour Robin, cette portion est formée par la muqueuse utéro-placentaire où se produisent des thromboses veineuses.

Williams, puis Balin, ont étudié les processus d'oblitération et de transformation des vaisseaux utérins.

M. Mathias Duval a étudié la régénération de l'épithélium des cornes utérines.

Les modifications du col ont été décrites dans les travaux de Stoltz, Négrier, Wieland, Hecker, Martin, Lott et plus récemment par M. Varnier, en 1886. La plupart de ces auteurs ont également étudié l'état des orifices interne et externe, aux différentes époques du postpartum, aussitôt après la délivrance. Le col après l'accouchement est reformé en partie; il est court, large, mou et inégal, un peu déchiré. En faisant pénétrer le doigt, on sent une résistance due à l'orifice interne. Après la délivrance, il est plus consistant et plus long, ne s'ouvre que pour laisser

passer des caillots. Trente jours après, il a repris à peu près sa longueur ordinaire, il est assez ferme ; sa consistance va en augmentant, il devient plus cylindrique et la lèvre antérieure reste un peu plus grosse.

Chez la multipare, cependant, le col revient moins rapidement et reste plus longtemps un peu plus mou et plus perméable. Mais cette règle n'est pas absolue.

Le poids de l'utérus a été noté par Hecker et Spiegelberg ; celui-ci a trouvé que l'utérus pesait de 900 à 1.500 grammes après la délivrance; après sept jours, le poids tombait à 500 grammes pour n'être plus qu'à 375 grammes après les quinze premiers jours.

Mais tous ces poids et même les mesures ainsi obtenus ne peuvent être tenus comme justes, puisque ces observations portent sur des femmes mortes de suites de couches et ces maladies déterminant la mort ont pu agir sur l'utérus.

Wieland, en 1858, Cazeaux, Hecker et Buhl en 1861, ont mesuré de diverses façons l'utérus. Les travaux ont été repris par Autefage, élève de Depaul. Serdukoff de Moscou, s'est attaché à étudier ces mêmes variations de l'utérus du postpartum. Charpentier et Sinclair ont mesuré la cavité utérine avec l'hystéromètre.

Hecker a de plus mesuré l'épaisseur des parois utérines des femmes mortes après l'accouchement.

Mais toutes ses observations post-partum, on le conçoit, ne peuvent rien prouver, puisqu'il y a à tenir lieu d'une foule de circonstances qui ont influencé la marche normale de la régression.

Enfin, presque tous ces observateurs ont émis des opinions sur les causes qui font varier la régression utérine ; plusieurs même sont arrivés à formuler des règles qui sont en opposition les unes avec les autres.

Divers procédés de mensuration de l'utérus et leur valeur comparée. — État de la question

Le moyen le plus simple et le plus pratique pour mesurer la hauteur de l'utérus consiste à chercher à travers la paroi abdominale le fond de l'utérus et à noter la distance qui sépare le fond d'un point de repère déterminé à l'avance.

Ces points de repère sont ordinairement : l'appendice xiphoïde, l'ombilic et le bord supérieur de la symphyse pubienne.

Le premier point de repère n'a aucune valeur, car on sait que rien n'est plus variable que l'ossification de cet appendice, ses modifications de forme chez différents individus. D'ailleurs, ce point de repère ne pourrait servir de point de comparaison de la hauteur de l'utérus que chez le même sujet.

D'un autre côté, la situation exacte de la cicatrice ombilicale est tout aussi variable chez les divers individus tantôt plus rapprochée du sternum, tantôt plus près du bassin. En second lieu, sa situation est sujette à des variations chez le même individu suivant que la peau a été plus ou moins surdistendue en un point ou en un autre de la paroi abdominale par le fait du développement exagéré ou non de l'utérus.

Il ne reste donc que le bord supérieur de la symphyse pubienne qui échappe à ces deux critiques.

Le bord supérieur de la symphyse est certes un point fixe du bassin, mais, malgré cette fixité, il y a une petite différence suivant le degré ou l'espèce de viciation du bassin. Ajoutons que ce bord de la symphyse ne correspond pas à une partie fixe de l'utérus.

Un deuxième procédé de mensuration consiste à prendre la hauteur du bord de la symphyse au fond avec un compas d'épaisseur.

Ce procédé est plus exact que la mensuration faite avec le ruban mais n'échappe pas aux critiques faites à ce dernier procédé. Il faut

tenir compte des causes d'erreurs déjà signalées : déplacements divers de l'utérus, par la vessie, le rectum distendus, les diverses portions de l'intestin, etc.

Mais l'avantage de la mensuration au compas sur la mensuration au ruban, consiste en ce fait : souvent le ventre est plus ou moins ballonné pour une raison ou pour une autre ; si donc, on applique un bout du ruban sur le bord supérieur de la symphyse, on trouve, par exemple. comme dans le graphique de la 6e observation, 3e jour, 17 centimètres, tandis que le compas marque seulement 12 centimètres 1/2 entre ces deux points. Le lendemain, 4e jour, le ruban ne marque plus que 13 centimètres, tandis que le compas n'accuse que 10 1/2. Entre le 4e jour et le 3e jour on trouve 4 centimètres de différence au ruban et seulement 2 centimètres et demi au compas ; cette variation dans la descente marquée par le ruban et par le compas a pour cause le léger ballonnement du ventre que l'on constatait le 3e jour et qui avait disparu le 4e. Cela se conçoit aisément, puisque la surface extérieure de l'abdomen suivie exactement par le ruban avait le 3e jour un rayon de courbure plus petit que celui du 4e jour.

Un troisième procédé employé par Autefage, consiste à placer une branche d'un compas d'épaisseur sur le col de l'utérus et l'autre au niveau du fond à travers la paroi abdominale.

Ce procédé a plusieurs inconvénients. D'abord il ne peut guère être employé tous les jours chez le même sujet à cause des chances d'infection qui en résulteraient pour la femme. Ensuite, il est très difficile de maintenir une branche du compas sur le col. En troisième lieu, les parois du col après l'accouchement sont si flasques et si mollasses qu'on ne peut jamais être sûr de les distinguer de la paroi vaginale rien qu'au toucher. Enfin à supposer qu'on arrive à appliquer le compas juste sur ce col très mou et entr'ouvert, on peut laisser pénétrer, sans s'en douter, l'extrémité du compas à travers l'orifice externe ou bien déprimer le col tout entier, le refouler et avec lui le segment inférieur, si le bout du compas ne se place de lui-même dans un des culs-de-sac vaginaux.

On pourrait fixer le col au moyen d'une pince mais on l'allongerait inévitablement, ce qui augmenterait les dimensions longitudinales de l'utérus.

Pour ces divers motifs, ce procédé n'est nullement pratique et ne peut donner que des résultats très approximatifs.

Le quatrième procédé employé par Sainclair et par Charpentier, consiste à pratiquer l'hystérométrie. Nous n'insistons pas sur les dangers que présenterait l'hystérométrie répétée d'un utérus après l'accouchement sans compter les difficultés que l'on rencontrerait à bon droit de la part des malades.

Ce procédé ne peut guère être employé qu'à partir du 14e jour après l'accouchement pendant deux ou trois jours consécutivement. Ajoutons que l'hystérométrie, véritable cathétérisme, pratiquée dans ces conditions, peut influencer la marche des phénomènes de régression en dilatant les deux orifices du col et la cavité utérine.

Ce procédé est encore moins pratique que le précédent. Par contre, ce serait celui qui indiquerait le mieux la longueur de l'utérus ou plus exactement la profondeur de sa cavité.

Wieland a trouvé que l'utérus disparaissait dès le dixième jour derrière la symphyse bubienne. Depaul est arrivé à peu de choses près aux mêmes conclusions et donne les résultats suivants :

Le premier jour le fond de l'utérus est à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; le deuxième jour il est à son niveau ; le troisième il est un peu au-dessous ; le quatrième il constate que la hauteur *varie peu* ; le cinquième et le sixième jour il est à 2 doigt au-dessous ; les septième, huitième et neuvième jours il est à 3 ou 4 travers de doigt au-dessus de la symphyse ; enfin les dixième, onzième et douzième jours il est au niveau de la symphyse ou au-dessous du pubis. Il a en outre constaté qu'après l'accouchement le fond est plus bas et le diamètre vertical est moindre que 12, 18 et 24 heures après l'accouchement. Charpentier, alors chef de clinique de Depaul, a trouvé que pendant les 10 premiers jours après l'accouchement le retrait de l'utérus était de 1 centimètre en moyenne par jour et que la matrice était définitivement rentrée dans l'excavation à partir du dixième ou du douzième jour. Cazeaux admet que l'utérus disparaît entre le douzième et le quinzième jour seulement. Autefage a trouvé que la hauteur avait diminué de 1 centimètre, les troisième, cinquième, sixième, huitième, neuvième, dixième et onzième jours ; le quatrième jour la différence est

à peine de 8 m/m seulement ; le deuxième jour cette hauteur diminue de 1 centimètre et demie à 2 centimètres. Il a trouvé aussi que le fond diminuait de largeur de 1/2 à 2 centimètres par jour. Il a noté de plus que la hauteur et la largeur du fond n'avait pas varié de la sixième à la douzième heure après la délivrance, avait augmenté de la douzième à la dix-huitième heure, puis, les dimensions étaient moindres de la dix-huitième à la vingt-quatrième. Ces chiffres ne signifient rien puisqu'ils ne sont que des moyennes prises sur des femmes différentes mais seulement à des époques de plus en plus éloignées de la délivrance.

Tarnier et Chantreuil pensent que la diminution quotidienne en longueur et et en largeur est de 1/2, 1 ou 1 centimètre 1/2 environ par jour. C'est à peu près les mêmes résultats fournis par Autefage dans sa thèse.

Wieland admet que l'utérus 3 mois après l'accouchement était encore un peu plus gros qu'à l'état normal.

Notre maître, M. Auvard, dans ses travaux d'obstétrique donne un tableau très intéressant des dimensions de la hauteur du fond de l'utérus ; ces mesures ont été prises chez une centaine de femmes sortant de l'hôpital entre le septième et le quinzième jour. Voici ce que ses moyennes lui donnent :

Sortie	le	7e	jour	5	cas. —	Hauteur de l'utérus	8 centimètres
—		8e	—	16	—	—	8 c. 75
—		9e	—	25	—	—	8 c. 52
—		10e	—	27	—	—	8 c. 90
—		11e	—	18	—	—	8 c. 41
—		12e	—	3	—	—	8 c. 33
—		13e	—	4	—	—	9 centimètres
—		14e	—	1	—	—	9 —
—		15e	—	1	—	—	9 —

M. Auvard conclut donc que le fond de l'utérus du septième au quinzième jour après l'accouchement se trouve donc à 7 ou 8 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne et à l'appui de ses affirmations il cite les expériences de Malgaigne et les faits journaliers de la clinique Testut est très affirmatif sur la situation du fond de l'utérus en dehors de la gestation : « Le fond est situé à 2 ou trois centimètres au-dessus

du plan passant par le détroit supérieur du bassin. Par contre une horizontale menée par l'extrémité supérieure de la symphyse *rencontre toujours l'utérus* et le rencontre même très bas, au niveau de son *tiers inférieur* ou même plus bas encore au voisinage de son *extrémité inférieure.*

M. Auvard admet que pendant la première semaine qui suit l'accouchement l'utérus descend de 1 centimètre par jour et que la descente est plus lente les jours suivants.

En un mot il est admis généralement aujourd'hui que abstraction faite de l'augmentation de volume des premières heures qui suivent la délivrance, l'utérus dans les suites de couches normales diminue *progressivement* tant en hauteur qu'en largeur de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 par jour.

Procédé employé pour nos recherches

De tous les procédés précédemment décrits, nous n'avons rejeté complètement que le troisième (mesures prises du col au fond avec le compas).

Nous avons pris comme point de repère fixe le bord supérieur de la symphyse. De ce bord nous avons noté la hauteur du fond tous les jours et avec le ruban et avec le compas de M. Budin. Nous avons eu soin d'appliquer une branche exactement sur le milieu de la symphyse et l'autre exactement au milieu du fond que l'utérus fût dévié ou non.

Nous avons noté aussi jour par jour la largeur de l'utérius prise au niveau du fond, c'est-à-dire à l'endroit ou le muscle est le plus large. Nous avons pris ces mesures également au ruban et au compas.

A part cela nous avons noté avec soin tout ce qui pourrait influencer d'une façon quelconque la marche de la régression utérine c'est-à-dire la température, les lochies, les tranchées, le nombre de grossesses antérieures, les antécédents des femmes tant au point de vue de la pathologie génitale que de la pathologie générale, leur parité, le poids des enfants, le terme de la grossesse, l'allaitement, l'adiposité, le temps qui s'est écoulé entre l'accouchement et la délivrance et toutes les complications des suites de couches qui se sont présentées.

Ces mesures ont été toujours prises la vessie étant ou presque vide. Chaque fois que les femmes n'ont pas eu de garde-robe depuis au moins 12 heures nous avons relaté cet incident.

De plus l'état du muscle utérin a toujours été noté, toutes les fois qu'il présentait une consistance particulière.

Enfin nous avons eu soin de ne mesurer l'utérus que pendant l'intervalle des contractions quand par hasard il s'en produisait, et en évitant avec soin de refouler en bas l'utérus en déprimant fortement la paroi abdominale.

Nous avons noté aussi avec soin les déviations de l'utérus, le niveau du fond par rapport à la ligne blanche, le nombre de jours que ces déviations ont persisté.

On pourrait peut-être critiquer l'inexactitude de ces mensurations qui sont délicates en effet.

Nous répondrons qu'il suffit de répéter cet exercice pendant trois jours au plus sur une huitaine de malades pour pouvoir arriver à accuser des différences de 1/4 de centimètre tant avec le ruban qu'avec le compas.

En pratiquant l'hystérométrie nous avons eu soin de ne pas exercer de traction sur le col, ce qui aurait eu l'inconvénient d'augmenter la longueur de la cavité.

Nous ajoutons à nos observations 8 graphiques. Chaque graphique est divisé en deux parties. La partie supérieure est réservée aux mensurations de la hauteur du fond de l'utérus à la symphyse. Le zéro représente donc le bord supérieur de la symphyse. Chaque ligne horizontale représente un centimètre.

La partie inférieure indique les variations de la largeur de l'utérus prise au niveau du fond dans son plus grand diamètre ; les lignes horizontales représentent également des centimètres.

Nous avons eu soin de superposer ces diverses mesures en les plaçant dans les colonnes verticales correspondant aux mêmes jours que ces mensurations ont été faites.

Les lignes pointillées représentent les mesures prises au ruban et les lignes pleines celles fournies par le compas.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Première observation

A. S., 19 ans, secondipare, pas d'antécédents pathologiques. Réglée depuis l'âge de 13 ans 1/2 très régulièrement. Accouche spontanément à terme d'un enfant de 3550 grammes, — sommet en G. A. — après 9 heures de travail, il y a deux ans ses premières couches ont été normales ainsi que les suites de couches. N'a jamais eu de pertes.

Aussitôt après la délivrance, une demie heure après l'accouchement, on trouve 13 centimètres 1/2 au ruban, de la symphyse pubienne au fond de l'utérus.

Le lendemain, 20 heures après l'accouchement on trouve seulement 14 centimètres au ruban et 11 centimètres 1/2 au compas. Mais on note que l'utérus n'est pas médian. La largeur du fond mesure 14 centimètres 1/2 au ruban et 11 au compas, et le côté gauche du fond se trouve à 10 centimètres 1/2 de la ligne blanche et le côté droit à 4 centimètres. La vessie est vide et la malade a eu des selles depuis moins de 12 heures.

Le troisième jour les dimensions de l'utérus diminuent en hauteur et en largeur.

Le quatrième jour ces mêmes dimensions augmentent, quoique l'utérus conserve encore sa latérodéviation droite mais beaucoup moins prononcée.

A partir du cinquième jour toutes ces dimensions diminuent progressivement.

Le sixième jour, l'utérus est dans une situation médiane, la malade a toujours eu des selles régulières.

Le huitième jour on note que les contours de l'utérus sont mal limités.

Le neuvième jour ces contours peuvent être encore limités.

Le dixième jour sans cause appréciable les dimensions utérines augmentent, les contours du muscle sont mous mais le fond est assez bien senti.

La femme n'a jamais eu d'élévation de température et a allaité régulièrement son enfant.

On remarquera que cette première courbe a été régulière en ce sens que les dimensions de l'utérus ont suivi les mêmes oscillations en hauteur et en largeur.

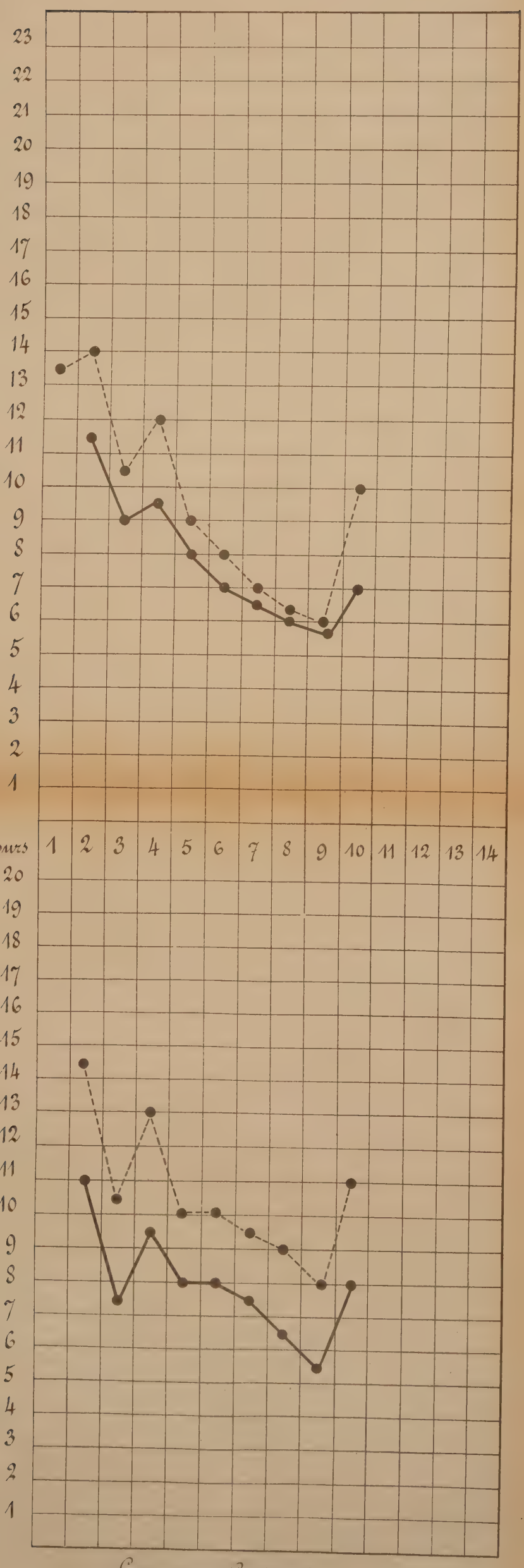
La femme a quitté l'hôpital le onzième jour et voici en quelques mots les résultats de l'hystérométrie pratiquée à cette époque :

L'utérus est très fortement antéfléchi et coudé, le col est très largement perméable à un doigt. Le fond de l'utérus est un peu dévié à gauche. L'orifice interne reste encore perméable au doigt.

L'hystéromètre se trouve à l'aise dans la cavité utérine et on note 10 centimètres de profondeur.

1ère Observation

Hauteur en Centimètres.



Largeur en Centimètres

2me Observation

C. M., 29 ans, secondipare, pas d'antécédents pathologiques a eu son premier enfant il y a 4 ans. Les suites de couches ont été normales. A toujours été bien réglée depuis l'âge de 12 ans.

Accouche spontanément à terme d'un enfant du poids de 2920 grammes, — sommet en G. A. — Durée du travail 6 heures.

Le fond de l'utérus aussitôt après la délivrance (1/2 heure après l'accouchement) se trouve à 16 centimètres au-dessus de la symphyse. Puis à 17 centimètres une heure et demie après la délivrance. Au compas on trouve 2 centimètres de moins. La largeur du fond en ce moment est de 17 centimètres au ruban et de 11 seulement au compas. Cette différence de 6 centimètres tient à ce que la face antérieure du fond fait nettement saillie sous la paroi abdominale.

Le deuxième jour la hauteur diminue de deux centimètres, tandis que la largeur augmente de 1 centimètre. Nous ne tenons compte ici que de la largeur au compas qui est plus exacte.

Le troisième et quatrième jour le fond augmente de hauteur et donne jusqu'à 23 au ruban et 17 1/2 au compas, tandis que la largeur diminue à peu près dans les mêmes proportions. On doit ajouter que l'utérus a été dévié à droite de la ligne blanche et ne s'est trouvé tout à fait médian que le sixième jour.

A partir du cinquième jour la hauteur diminue progressivement et au huitième jour on trouve 8 centimètres au compas et 12 au ruban.

Pendant ce temps-là la largeur a augmenté un peu jusqu'au sixième jour pour diminuer également jusqu'au huitième jour où on note 8 centimètres 25 au compas et 12 au ruban.

Sans aucune raison les dimensions augmentent le jour suivant de 2 centimètres en hauteur et en largeur.

La femme n'a jamais eu de pertes ni d'élévation de température. Elle a allaité régulièrement son enfant.

Le muscle n'a changé de consistance que le septième jour : il était un peu mollasse.

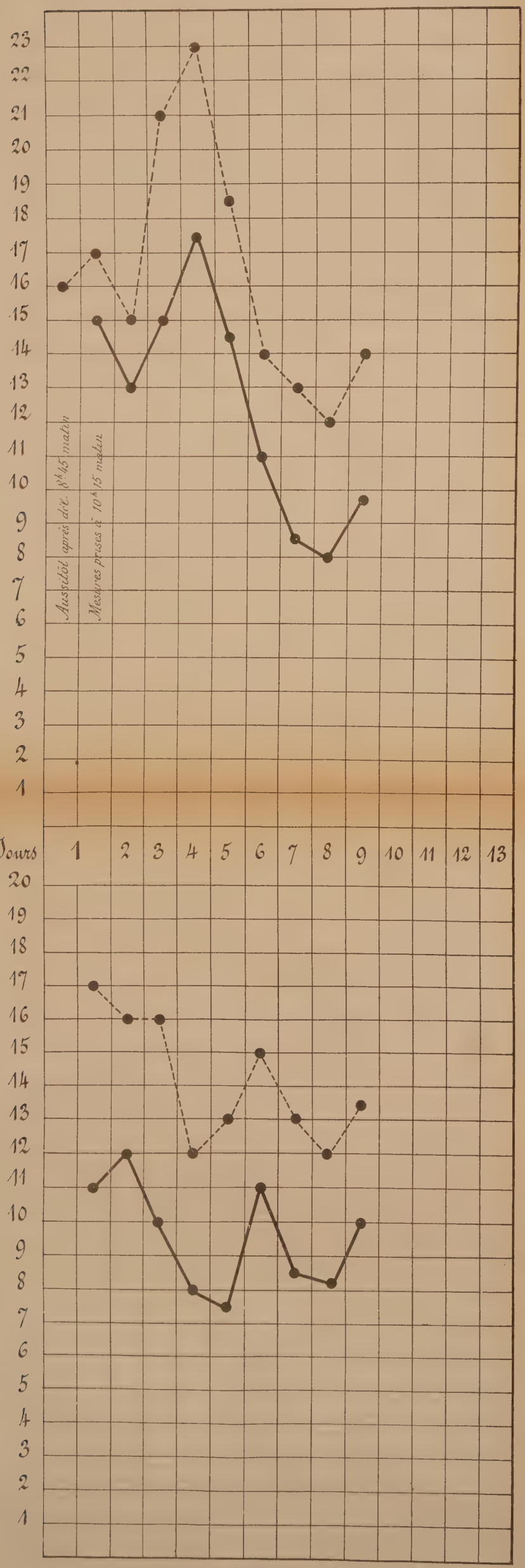
Le dixième jour la femme quitte l'hôpital. L'hystérométrie pratiquée ce jour là donne les résultats suivants :

Antéversion et antéflexion normales, légère déviation à droite, col perméable à l'index.

L'hystéromètre pénètre sans trop de difficulté à travers l'orifice interne et en le sortant il laisse écouler derrière lui un peu de liquide sero-sanguinolent, sans odeur et du volume d'un petit œuf ; à l'hystéromètre on trouve 11 centimètres.

IIe Observation

Hauteur en Centimètres.



Largeur en Centimètres.

3me Observation

G. M., 19 ans, a déjà eu deux accouchements précédents : il y a 2 ans, enfant au terme de 8 mois et 1/2 mort le lendemain de sa naissance. L'année dernière accouchement prématuré à 6 mois, enfant mort également, Très bien réglée à partir de 14 ans.

Pas d'antécédents notables si ce n'est une fièvre muqueuse à l'âge de 10 ans. On ne trouve pas de trace de syphilis du côté de la mère Enfants du même père, probablement non syphilitique.

Après 3 heures 1/2 de travail accouche spontanément d'un enfant, — sommet en D. P. — à terme d'après les dernières règles de la mère et du poids de 2570 grammes.

Aussitôt après la délivrance, 20 minutes après accouchement, l'utérus mesure au ruban 11 centimètres de hauteur et 13 de largeur.

Le lendemain, 13 heures après la délivrance la hauteur du fond qui se trouve au niveau de l'ombilic a augmenté de 3 centimètres au compas, ces dimensions diminuent progressivement jusqu'au cinquième jour et on trouve alors 10 au ruban et 8 au compas.

La largeur a augmenté très peu du deuxième au troisième jour pour décroître également jusqu'au cinquième jour.

Ces mesures ont été prises la vessie étant vide, mais la femme n'a eu de garde-robe ni le troisième ni le quatrième jour, ce qui n'a pas empêché la descente du fond de l'utérus.

Le cinquième jour l'utérus augmente dans ces deux dimensions, puis, les dimensions décroissent progressivement les jours suivants.

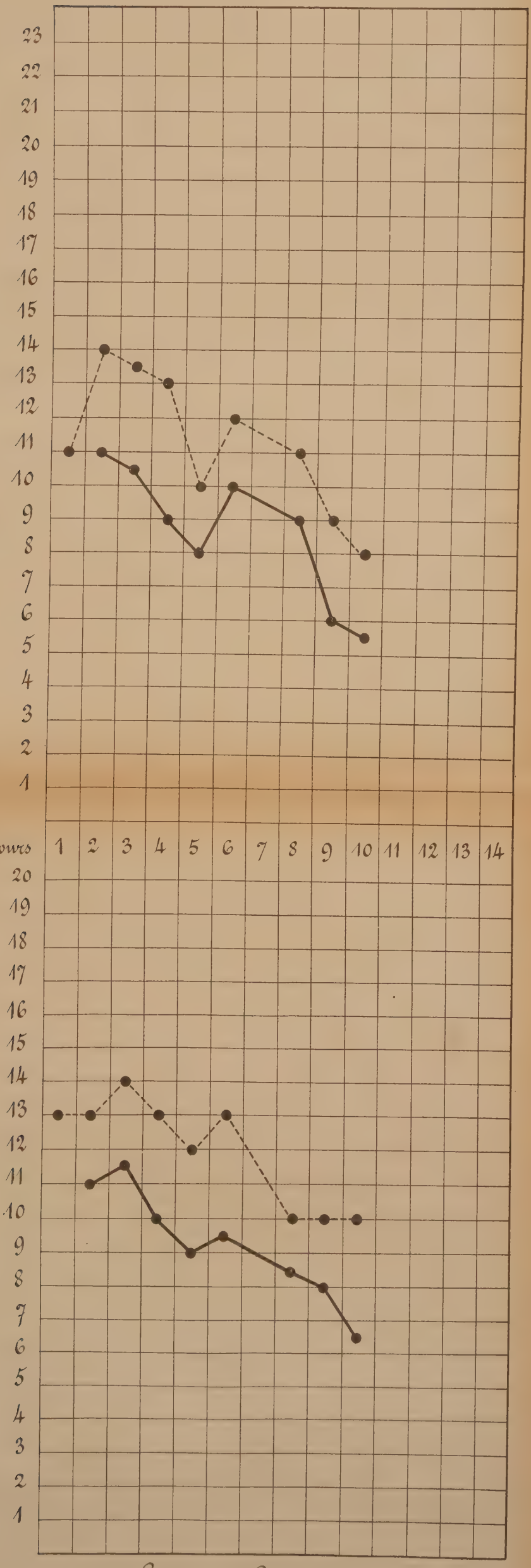
Il n'y a qu'à noter que la consistance un peu ferme de l'utérus le sixième jour qui coïncide justement avec l'augmentation de ces dimensions.

Le dixième jour la malade sort et à l'examen on trouve que l'utérus est antéversé couché sur la vessie et en antéfléxion. Le col est perméable au doigt. L'hystérométrie donne 9 centimètres.

Pas de pertes, rien de particulier à noter. A toujours allaité son enfant ; jamais d'élévation de température.

III.e Observation

Hauteur en Centimètres.



Largeur en Centimètres.

4me Observation

R. M., 25 ans, secondipare en traitement à l'hôpital Saint-Louis pour accidents syphilitiques. Accouche d'un enfant à terme du poids de 3700 grammes, — sommet en G. A. -- après 16 heures 1/2 de travail.

A part sa syphilis on trouve comme antécédents une fièvre typhoïde à l'âge de 12 ans. Il y a 3 ans : enfant mort-né au terme de 7 mois. Suites de couches normales. A toujours été bien réglée à partir de l'âge de 17 ans.

Aussitôt après la délivrance, 40 minutes après accouchement le fond de l'utérus se trouve à 12 centimètres au-dessus de la symphyse et remonte le lendemain dix-huit heures après la délivrance à 18 centimètres (mesures au ruban) et 16 au compas. On note en même temps pour la largeur 17 au ruban et 13 au compas.

A partir de ce moment jusqu'au sixième jour la hauteur diminue progressivement pour ne plus donner que 11 centimètres au ruban et 7 1/2 au compas.

La largeur a augmenté bien peu le troisième jour, puis a décru aussi les jours suivants. Le cinquième jour l'utérus a été dévié légèrement à droite.

Du sixième au huitième jour il a augmenté de hauteur tandis que la largeur est restée à peu près stationnaire.

Du huitième au douzième jour la descente ne se reproduit pas comme dans les observations précédentes. Mais on note que l'utérus est dévié à droite ; sa consistance est ferme.

Le neuvième jour dans l'après-midi la malade a des lochies un peu fétides mais la température n'atteint pas 37 degrès 8 dixièmes. Les jours suivants la température oscille autour de 37 degrés.

A partir du douzième jour les lochies ne sont plus fétides et le fond de l'utérus se rapproche de la symphyse ; la largeur commence à diminuer à partir du onzième jour.

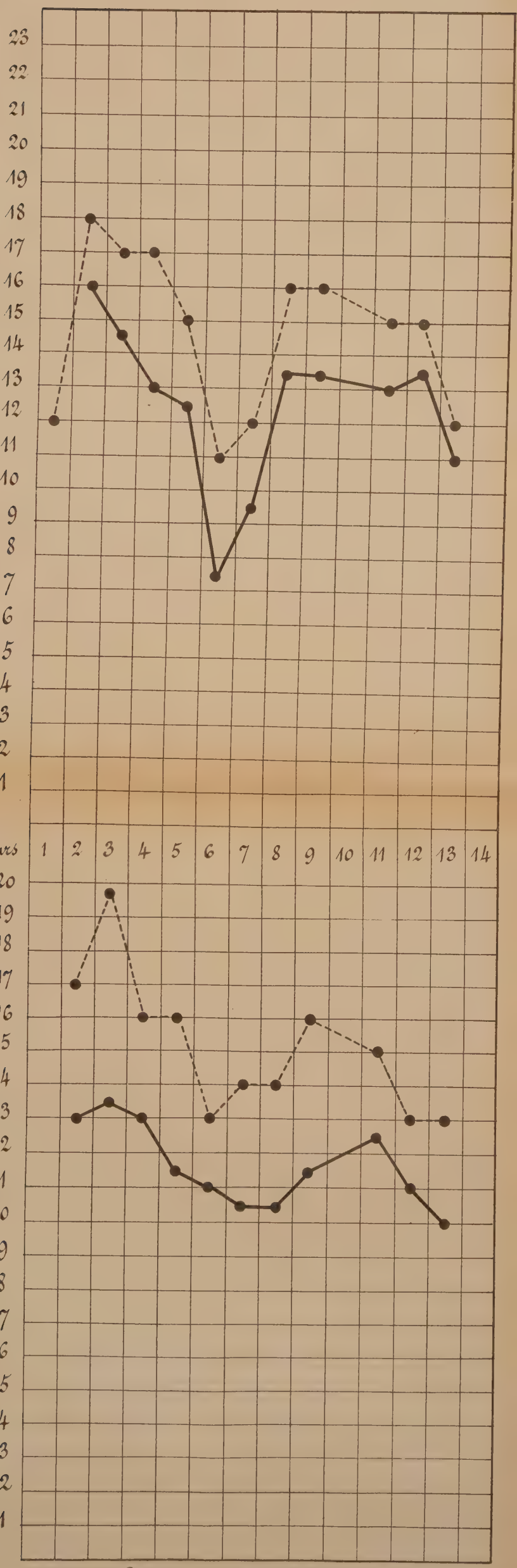
On constate dans ce graphique un plateau qui correspond justement à la période de fétidité des lochies. Nous pensons que sans cet incident on aurait eu une courbe semblable aux précédentes dont la deuxième période de décroissance aurait commencé à partir du huitième jour ou du neuvième jour au plus tard.

Nous regrettons de n'avoir pas pu continuer nos mensurations les jours suivants car le dix-huitième jour la femme a eu une élévation de température et des lochies fétides qui ont duré 3 jours.

Enfin rien de plus à noter, la malade a toujours allaité son nourrisson.

IVe Observation

Hauteur en Centimètres.



Largeur en Centimètres.

5me Observation

A. P., dix-huit ans, primipare, pas d'antécédents, réglée à treize ans, irrégulièrement, accouche d'un enfant à terme — sommet en D P — du poids de 3204 grammes après 6 heures et demie de travail.

Aussitôt après la délivrance, 35 minutes après l'accouchement on trouve au ruban 17 centimètres de la symphise au fond de l'utérus.

Le lendemain, vingt-quatre heures après la délivrance on trouve 18 au ruban et 15 au compas, pour la hauteur, et pour la largeur 17 centimètres 1/2 au ruban et 12 centimètre 1/2 au compas.

Le troisième jour toutes les dimensions de l'utérus sont moindres,

Le quatrième jour ces mêmes dimensions ont augmenté pour décroître à partir de ce moment jusqu'au huitième jour.

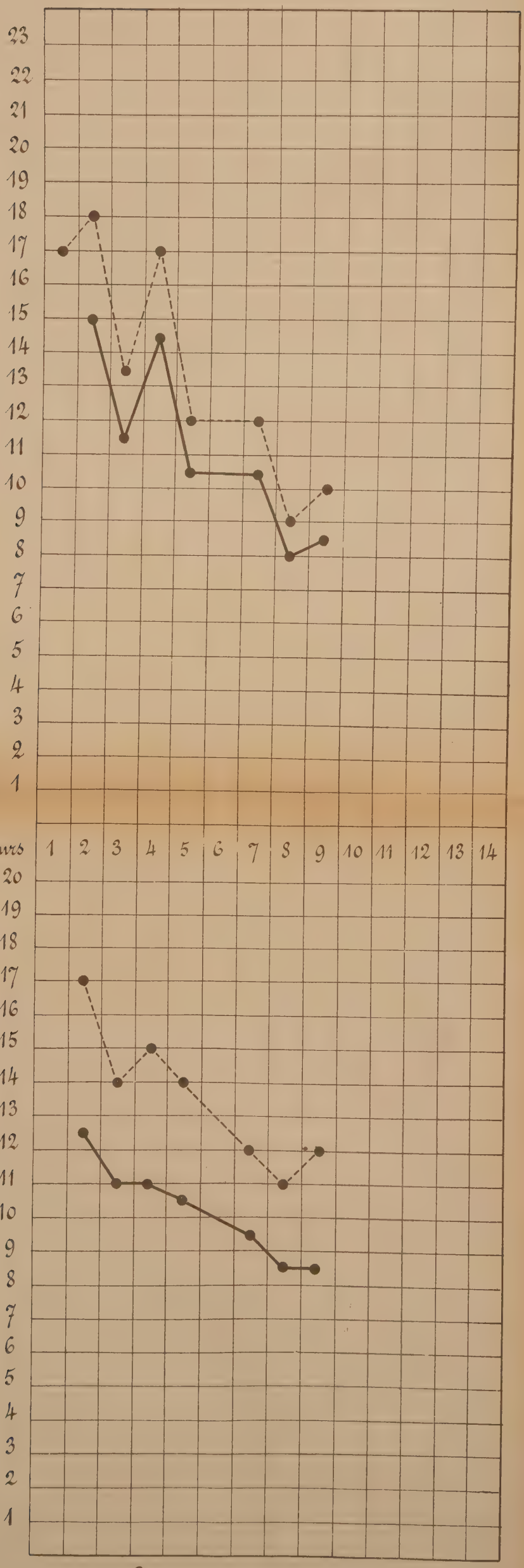
Le neuvième jour la régression utérine n'a fait aucun progrès car on trouve une petite augmentation de 1/2 centimètre de hauteur. On voit sur le graphique qu'il n'y a pas de différence de hauteur entre le cinquième et le septième jour, cela tient probablement à ce que la femme n'avait pas été à la selle depuis trente heures quand les mesures du septième jour ont été prises, en tout cas la largeur a diminué.

La femme est sortie le douzième jour de l'hôpital sans avoir eu de température et a toujours nourri son enfant au sein.

Ici la marche de la régression est très nette pour les deux périodes d'augmentation et pour les deux périodes de diminution.

Ve Observation

Hauteur en Centimètres



Largeur en Centimètres

6me Observation

B. H., trente-sept ans, a déja eu cinq accouchements à terme, a toujours été très bien réglée depuis l'âge de quatorze ans, accouche d'après ses règles, d'un enfant à terme du poids de 2450 grammes, après neuf heures de travail. Aucun antécédent pathologique, ses suites de couches ont toujours été normales.

Aussitôt après la délivrance, c'est-à-dire une heure quarante après l'accouchement on trouve 12 centimètres au ruban pour la hauteur du fond.

Une heure après la délivrance, la hauteur a déjà augmenté de 6 centimètres au ruban.

Le deuxième jour la hauteur a augmenté pour décroître les deux jours suivants.

Du quatrième au cinquième jour la hauteur a augmenté une deuxième fois puis diminue progressivement les jours suivants.

La largeur n'a pas suivi régulièrement les oscillations de la hauteur et n'a presque pas varié entre huit et neuf centimètres et demie pour le compas et entre dix et demie à treize pour le ruban.

La largeur a suivi une marche inverse de la hauteur pendant le quatrième et le cinquième jour.

Il est à noter que l'utérus a toujours été un peu dévié à droite malgré la vacuité de la vessie et la régularité des selles de la femme.

La consistance de l'utérus n'a jamais été bien ferme à partir de la deuxième période de descente.

Le dixième jour l'utérus était mal délimité latéralement.

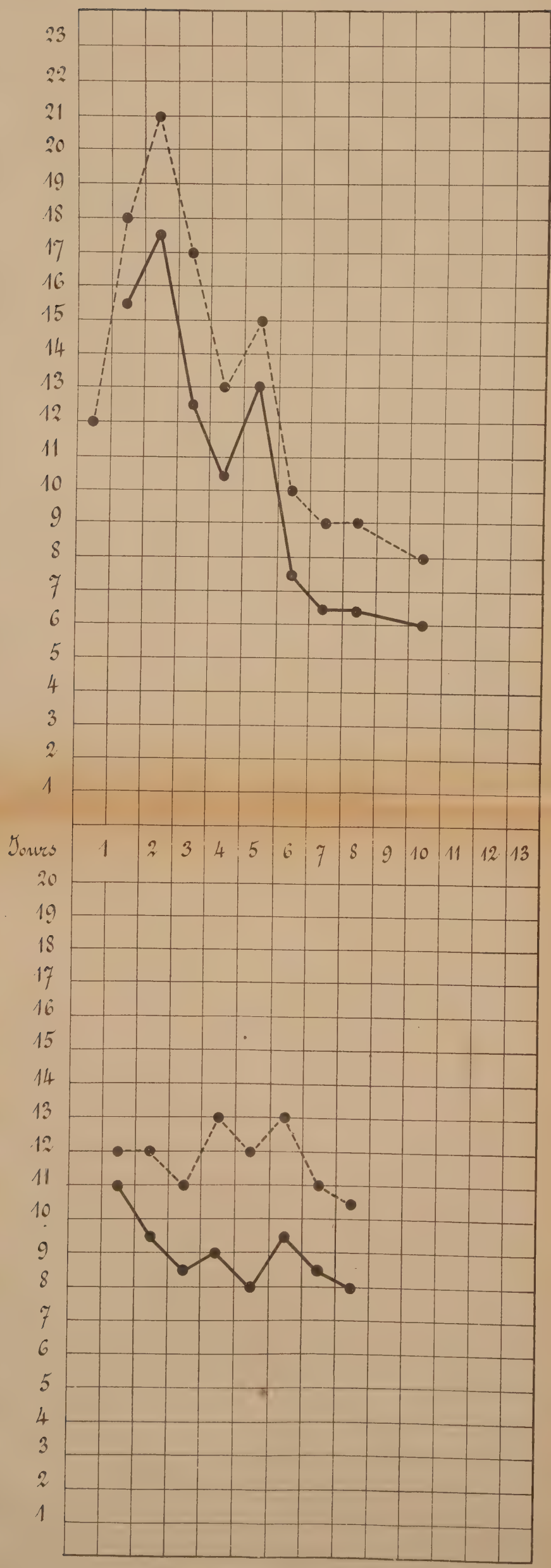
La malade n'a jamais eu de température et a allaité régulièrement son enfant et quitte l'hôpital le onzième jour et voici ce qu'on note en pratiquant l'hystérométrie :

L'utérus est petit, caché derrière la symphise, un peu anteversé ; le fond est peu perceptible par dessus la symphise, pas d'antéflexion ; l'antéversion ramène le col un peu en arrière.

La cavité utérine mesure neuf centimètres et demie. La femme n'a pas de pertes.

VI.e Observation

Hauteur en Centimètres



Largeur en Centimètres

7me Observation

F. L., vingt-deux ans, primipare, pas d'antécédents, très bien réglée à partir de dix-sept ans, après douze heures de travail accouche d'un enfant, sommet en droite du poids de 2450 grammes au terme de huit mois et demie.

Après la délivrance qui se fait au bout d'une heure, la hauteur du fond mesure 17 centimètres et la largeur 18 centimètres au ruban.

Le lendemain, dix-huit heures après la délivrance, l'utérus a augmenté de hauteur mais a diminué de largeur.

La hauteur diminue du deuxième au cinquième jour et la largeur seulement à partir du troisième jour.

La deuxième période d'ascension a lieu du cinquième au sixième jour mais est très peu accentuée.

Ce qu'il y a de particulier dans cette courbe c'est que la régression utérine a fait très peu de progrès dans ses dimensions, la courbe se trouve très allongée. Ainsi la largeur réelle pendant dix jours n'a pas varié de plus de deux centimètres et la hauteur prise au compas n'a pas varié non plus beaucoup pendant les huit derniers jours de la courbe.

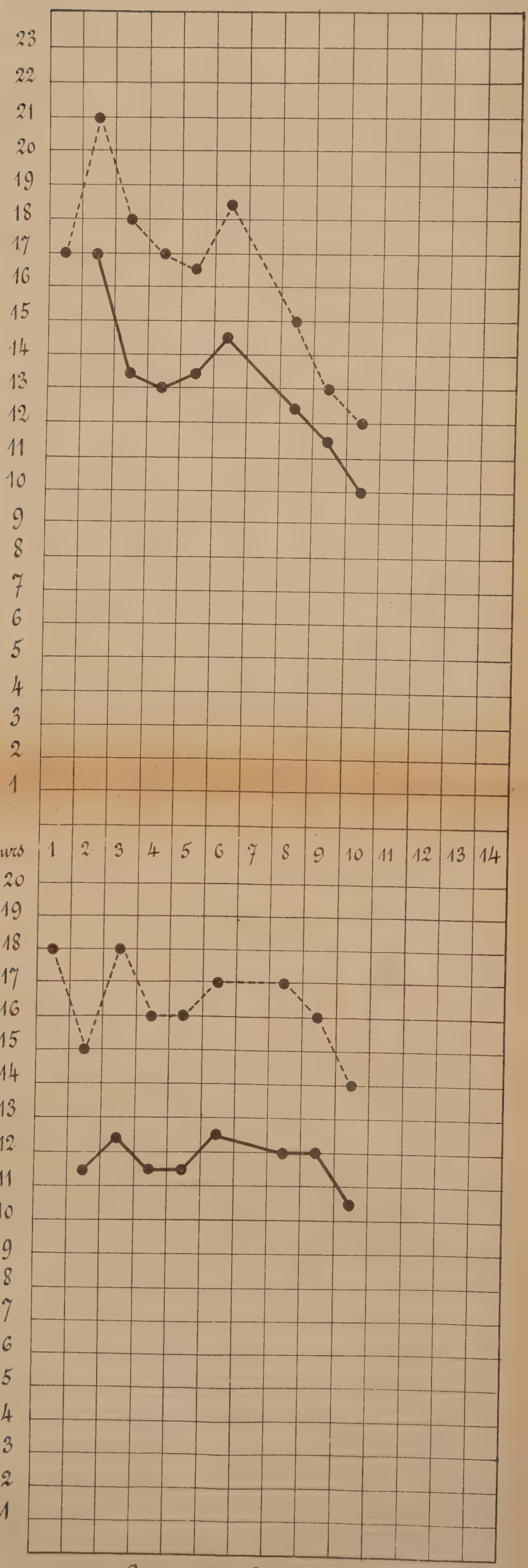
Mais, il y a une chose qu'il faut noter particulièrement ; L'enfant est mort vingt-huit heures après sa naissance sans jamais avoir pris le sein.

Il est à noter aussi que jamais, jusqu'au dixième jour aucune dimension de l'utérus n'a été moindre de dix centimètres.

La femme est sortie le onzième jour de l'hôpital sans pertes et sans température.

VII.e Observation

Hauteur en Centimètres



Largeur en Centimètres

8me Observation

C. L., vingt-cinq ans, a déjà eu quatre grossesses dont trois à terme. La première grossesse n'a duré que six mois. Pas d'antécédents à noter, a été réglée très bien à partir de dix-sept ans.

Accouche d'un enfant du poids de 2050 grammes au terme de sept mois et demie, — sommet en G. A. — Le travail n'a duré qu'une heure et demie.

La délivrance a eu lieu une demie-heure après l'accouchement.

Deux heures et demie après la délivrance on trouve au ruban 13 centimètres pour la hauteur et 14 1/2 pour la largeur.

Le lendemain le fond a diminué de hauteur et augmente de nouveau le troisième et le quatrième jours. La largeur a diminué le deuxième et le troisième jour et a augmenté du troisième au quatrième.

A partir du quatrième jour la deuxième période de diminution des dimensions de l'utérus commence et la courbe subit des oscillations qui coïncident justement aux oscillations de la courbe de la température normale correspondant avec la régression utérine.

Le sixième jour, la température est à 38° 6 et les dimensions de l'utérus augmentent.

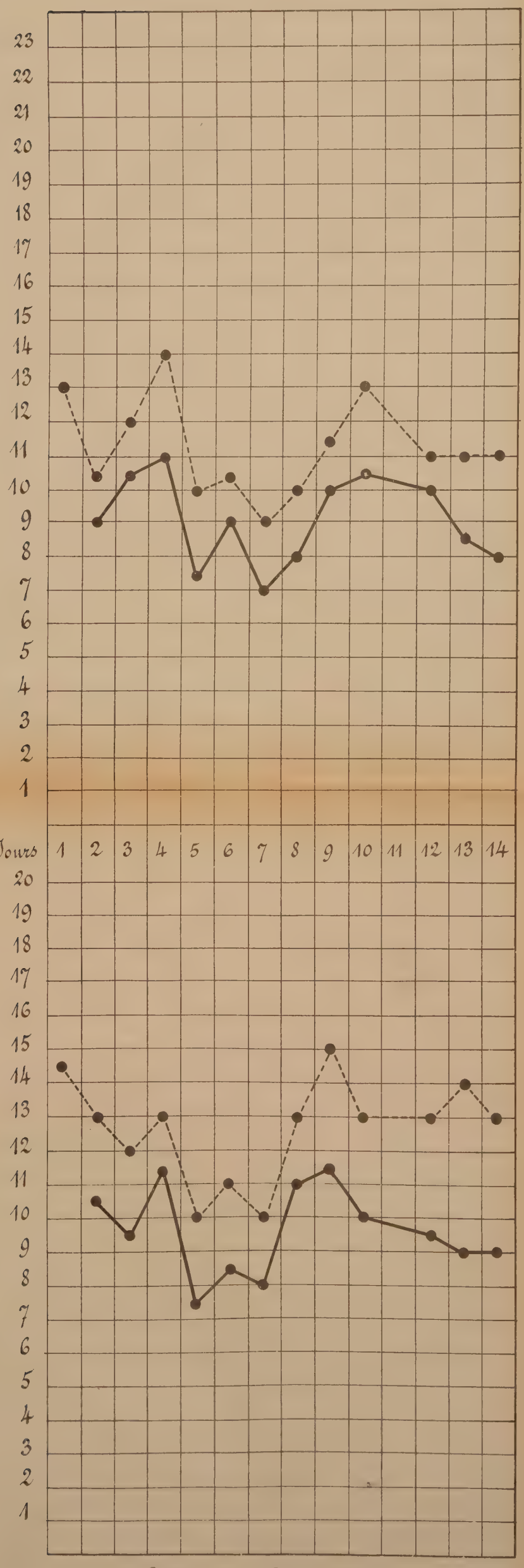
Le septième jour la température redescend à 37° 6 et la courbe des dimensions redescend aussi.

Le huitième jour la température remonte à 39° 4 et la courbe de la régression remonte.

La femme n'a plus de température à partir du douzième jour et à partir de ce moment les dimensions de l'utérus diminuent aussi, donc les dimensions de l'utérus ont varié très régulièrement avec la température.

VIII.e Observation

Hauteur en Centimètres



Largeur en Centimètres

9me Observation

C. A., vingt-trois ans, bien réglée depuis l'âge de quinze ans. Sa première grossesse il y a un an s'est terminée par un avortement de quatre mois, cause inconnue. A eu pendant sa grossesse et au moment de son deuxième accouchement un peu d'albumine.

Accouche d'un enfant au terme de 7 mois de 1650 grammes qu'elle a allaité tout le temps de son séjour à l'hôpital. La femme a été délivrée une demie heure après l'accouchement.

Après la délivrance on trouve 14 centimètres au ruban pour la hauteur.

Le lendemain quinze heures après la délivrance on trouve trois centimètres de plus.

La première période de la regression se fait du deuxième au cinquième jour, puis les dimensions augmentent du cinquième au septième jour pour diminuer de nouveau à partir du septième.

On note un arrêt de la régression qui correspond, le treizième jour, à une légère augmentation de température chez la femme.

L'utérus a été dévié un peu à droite seulement le deuxième jour.

Le graphique de cette observation est assez régulier.

Les dimensions ont diminué en deux périodes séparées par une période d'augmentation des dimensions du cinquième au septième jour.

L'enfant a toujours pris le sein.

10me Observation

I. C., vingt-cinq ans, secondipare, pas d'antécédents, mal réglée à partir de seize ans. Ses premières suites de couches ont été normales.

Accouche d'un enfant à terme du poids de 3750 grammes, — sommet en G. A. — après quatre heures et demie de travail.

Une demie-heure après l'accouchement la femme est délivrée, au ruban on trouve 13 centimètres pour la hauteur du fond et 15 centimètres pour la largeur.

Le lendemain ces dimensions augmentent. La hauteur diminue du deuxième au troisième jour, augmente du troisième au quatrième pour diminuer ensuite progressivement.

De son côté la largeur diminue progressivement du deuxième au troisième jour, augmente du quatrième au cinquième pour diminuer les jours suivants.

On constate dans cette courbe que la regression en largeur suit les oscillations de la hauteur avec un jour de retard.

On note que l'utérus a été très ferme pendant la deuxième période de la diminution des dimensions.

Jamais de température, a allaité régulièrement son enfant.

11me Observation

W. L., dix-huit ans, primipare, pas d'antécédents, bien réglée à partir de quatorze ans, légère albuminerie au moment de l'accouchement.

Accouche d'un enfant à terme, du poids de 3250 grammes, — sommet en G. A.

Le travail dure quatorze heures et la délivrance se fait une demie-heure après l'accouchement.

N'a jamais eu de fièvre pendant son séjour à l'hôpital.

La première période de regression se fait du deuxième au quatrième jour.

On note cependant ceci de particulier : La deuxième ascension du fond de l'utérus dure trois jours (du quatrième au septiéme jour, et est très peu sensible. A partir du septième jour la regression se continue normalement.

Son enfant a toujours pris le sein.

La femme sort le dixième jour et a pu être hystérométrée, on trouve l'utérus antéversé, légèrement antéfléchi, sans déviation latérale. L'antéflexion offre une certaine difficulté à l'hystérométrie, la profondeur de la cavité utérine est de neuf centimètres.

La femme n'a pas de pertes, l'utérus est bien rétracté et déjà le neuvième jour on le limitait mal latéralement rien qu'à la simple palpation.

12me Observation

F. M., vingt-six ans, quatre grossesses antérieures normales ainsi que les suites de couches. Pas d'ancédents excepté une fièvre typhoïde. Bien réglée à partir de douze ans.

Accouche au terme de huit mois trois semaines d'un enfant du poids de 2750 grammes après quatorze heures de travail, — sommet en D. P.

La délivrance a lieu quarante minutes après l'accouchement.

Après la délivrance on trouve 11 centimètres de hauteur et 14 centimètres en largeur au ruban.

Le lendemain vingt heures après la délivrance on trouve 4 centimètres de plus en hauteur et en largeur.

Du deuxième au quatrième jour, les dimensions du ruban et du compas diminuent, ces dimensions augmentent du quatrième au cinquième jour, puis diminuent de nouveau à partir de ce moment jusqu'au jour de sortie de la malade.

Cette courbe est très régulière, les dimensions de la largeur ont suivi les mêmes oscillations que celles de la hauteur.

La femme quitte l'hôpital le dixième jour sans jamais avoir eu de température et a allaité son enfant tout le temps.

Suites de couches tout à fait normales.

13me Observation

C. L., vingt-trois ans, a toujours été bien réglée depuis l'âge de seize ans, a déjà eu trois accouchements normaux à terme, les suites de couches ont été normales aussi.

Accouche spontanément d'un enfant du poids de 2950 grammes au terme de neuf mois, — sommet en O. P.

La femme expulse son placenta une demie-heure après l'accouchement, la durée du travail a été de trois heures et demie.

Pendant les dix jours qu'elle est restée à l'hôpital elle n'a jamais eu de température et a toujours allaité son enfant.

Après la délivrance on trouve que l'utérus a 12 centimètres au ruban tant pour la largeur que pour la hauteur.

Le lendemain, treize heures après l'accouchement, la hauteur a augmenté de 6 centimètres et la largeur de 1 centimètre.

Du deuxième au quatrième jour la hauteur a diminué puis a augmenté du quatrième au cinquième.

La largeur a subi les mêmes oscillations mais dans des proportions moindres.

A partir du cinquième jour toutes les dimensions de l'utérus ont été en diminuant.

Cette courbe a été très régulière, la largeur a suivi les oscillations de la hauteur.

Le neuvième jour il a été noté que l'utérus était retrofléchi et difficilement accessible et que la femme n'avait pas été à la garde-robe depuis 30 heures.

Malgré cet état le ruban et le compas ont accusé une différence de 2 centimètres pour la hauteur et de 1 centimètre et demie pour la largeur en moins que les jours précédents.

14me Observation

W. P., trente et un ans, primipare, a été très bien réglée à douze ans et demie, accouche d'un enfant à terme, — sommet en G. A. — du poids de 3400 grammes. Le travail n'a duré que quatre heures et demie et le placenta a été expulsé au bout d'une demie-heure. La malade n'a aucun antécédent et a allaité régulièrement son enfant.

Le lendemain de l'accouchement l'utérus au niveau de l'ombilic, diminue dans toutes ses dimensions jusqu'au cinquième jour.

La hauteur augmente de 2 centimètres du cinquième au sixième jour et la largeur ne varie presque pas pendant ces deux jours.

A partir du sixième jour, toutes les dimensions diminuent.

Ici il n'y a rien de particulier à noter si ce n'est que la largeur est restée stationnaire seulement du cinquième au sixième jour, époque qui coïncide avec la période d'ascension.

15me Observation

M. M., vingt ans, secondipare, a été bien réglée à partir de 16 ans et demi, accouche spontanément à terme d'un enfant de 3250 grammes, — sommet en D. P. — n'a aucun antécédent pathologique.

Le travail dure 16 heures et la femme expulse son placenta 40 minutes après l'accouchement.

La femme quitte l'hôpital le onzième jour sans avoir eu jamais aucune élévation de température.

L'enfant n'a pris le sein que pendant le premier jour seulement.

On remarque surtout dans cette courbe que la période de descente commence du premier au septième jour et la deuxième période d'ascension commence seulement le septième jour.

D'un autre côté la largeur a augmenté du premier au troisième jour d'un seul centimètre et a diminué seulement de quatre centimètres du troisième au huitième jour.

On voit donc que la deuxième période d'ascension qui se fait ordinairement pour les autres femmes vers le troisième jour en moyenne n'a commencé que seulement le septième la première période de descente a donc duré 7 jours entiers ce qui ne s'est jamais produit dans aucun cas précédent, il devient donc évident que l'allaitement n'a pas produit ici son action puisque justement cette courbe indique que la deuxième période d'ascension a été retardée.

Malheureusement nous n'avons pas pu prendre les mensurations quotidiennes à partir du neuvième jour.

En tous cas le huitième jour nous avons noté pour la hauteur 13 centimètres au ruban et 10 au compas.

La largeur au compas n'a jamais diminué de plus de 4 centimètres pendant ces huit jours, tandis que pour la hauteur, du troisième au huitième jour on n'a qu'une diminution de 2 centimètres, c'est-à-dire 2 centimètres pour cinq jours, ce qui n'a jamais été obtenu dans aucun cas, excepté chez les malades ayant eu de la température.

16me Observation

Cette observation est un peu incomplète. D'ailleurs la femme est cardiaque et a un souffle d'insuffisance mitrale, à la suite d'accès de rhumatisme aigü.

La courbe de ces dimensions offre peu d'intérêt.

L'utérus a été un peu dévié à gauche le premier jour après l'accouchement. Sa consistance a été assez ferme pendant le quatrième et le cinquième jour.

L'ascension s'est faite du quatrième au cinquième jour et à partir du cinquième jour toutes les dimensions ont diminué.

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Dans toutes nos observations nous nous sommes contenté de prendre les mesures tous les jours en notant scrupuleusement toutes les causes qui pourraient faire varier les résultats.

On admet que la réplétion de la vessie fait remonter le fond de la matrice. Il est certain que c'est une cause d'erreur dont il faut tenir compte, mais il ne faut pas être trop absolu : quelques grammes de liquide ne peuvent que refouler en arrière l'utérus et corriger son antéversion s'il en existe.

On admet aussi que la dilatation du rectum par les matières fécales dévie l'utérus, mais il résulte de ce que nous avons vu que cette déviation est nulle dans les cas ordinaires puisque très souvent nous avons vu une constipation de plus de vingt-quatre heures coïncider justement avec une diminution très marquée de la hauteur de l'utérus. Cette influence est donc nulle dans les cas ordinaires par le fait même qu'à l'état normal le bout inférieur du gros intestin contient toujours ou presque toujours des matières; ce qui donnerait une déviation constante de l'utérus.

Dans toutes nos observations, nous avons noté que l'utérus dans les premières vingt-quatre heures qui suivent la délivrance augmentait en largeur et en hauteur. Pendant cette période l'utérus est en général de consistance assez ferme et est assez

souvent dévié à droite, mais que cette déviation se corrigeait en même temps que la régression se faisait.

Depaul explique ainsi l'augmentation de volume de la matrice : la rétraction produite par les contractions qui succèdent à l'accouchement et qui sont habituellement assez énergiques est plus accentuée, les sinus sont plus comprimés et renferment moins de sang aussitôt après la délivrance. Le tissu utérin est plus serré, moins pénétré de sérosité qu'il ne le sera douze ou vingt-quatre heures après, quand les contractions de la matrice ayant cessé, la rétraction aura perdu son énergie première tout en continuant à s'exercer.

Aujourd'hui il ne fait de doute pour personne que l'utérus augmente réellement de volume, soit par suite de la congestion des parois de l'organe, soit à cause de leur relâchement. Le muscle semble épuisé par les efforts répétés de l'accouchement et de la délivrance.

L'explication physiologique ou mécanique importe peu : le fait est prouvé depuis les expériences de Serdukoff qui avait pris soin d'hystérométrer les femmes à ce moment.

On constate sur nos graphiques que, après cette période d'ascension les dimensions de l'utérus diminuent. Nous avons eu soin de prendre ces mesures la vessie étant vide. Cette diminution de volume se fait constamment à partir des premières heures après la délivrance et dure deux ou trois jours. Exceptionnellement on trouve une prolongation de durée et cela n'a lieu que dans deux cas : dans l'un, la femme avait un peu de température et dans l'autre la femme n'a pas allaité son enfant. Bien mieux dans la septième observation cette descente s'est faite mais la largeur n'a presque pas varié, le fond est resté très haut et justement encore la femme n'a pas allaité son enfant.

On ne constate cette anomalie que dans les courbes des deux femmes qui n'ont pas donné le sein (7^{e} et 15^{e} observations).

Dans la 7^{e} observation la femme n'a eu rien d'anormal

pendant cette époque ; mais ce qu'il y a de particulier dans la 15e observation c'est que pendant cette même période un peu longue dans ce cas (6 jours de durée) la femme a eu quelques petites tranchées le 3e et le 4e jour à peu près au moment où se faisait la montée du lait, les contractions utérines légèrement douloureuses ne peuvent être mises sur le compte d'un réflexe provoqué par la succion puisque l'enfant était éloigné de sa mère.

Il ressort de tout cela que l'allaitement favorise les phénomènes de régression et que les contractions répétées de l'utérus provoquées par la succion n'ont pas besoin d'être douloureuses, puisque les autres femmes ont nourri leurs enfants sans avoir de tranchées. On peut même admettre que si ces contractions non douloureuses s'étaient produites chez la femme de la quinzième observation elle n'aurait pas eu ces tranchées, produites peut-être par un caillot qui a pu se former, l'utérus n'ayant plus ces petites contractions répétées qui ne peuvent qu'accélérer la régression. Nous partageons donc l'opinion de M. Pinard qui professe que la régression est favorisée par l'allaitement.

Il est certain toutefois que suivant les conditions individuelles la marche de la régression peut être influencée quoique l'accouchée allaite son enfant.

Nous devons ajouter que ces deux femmes qui n'ont pas allaité ont été examinées, l'une le quatorzième et l'autre le huitième jour, et que leur matrice était relativement grosse pour cette période du postpartum.

Après cette première période de descente, de diminution de volume, nous avons toujours constaté que toutes les dimensions de l'utérus augmentaient et une seule fois la largeur avait diminué. Si ce n'était que le fond qui remontait on pourrait supposer *à priori* que la matrice était refoulée en haut par la vessie, mais nous nous sommes toujours mis à l'abri de cette cause d'erreur. De plus, à supposer que l'utérus fût un peu dévié par l'intestin, il ne s'en fût pas naturellement suivi que la

largeur dût augmenter. Mais presque jamais la matrice n'était déviée à cette époque. Ces causes d'erreur écartées on peut affirmer que l'utérus augmente de volume de nouveau et cela pendant vingt-quatre heures et même quarante-huit heures. Naturellement cette règle s'applique à plus forte raison aux femmes présentant de la température ou dont l'utérus contiendrait un caillot, ce qui n'est pas normal. Ici nous ne voulons faire allusion qu'aux seuls cas qui ont été normaux.

Nous avons constaté ce phénomène chez toutes nos femmes, primipares, multipares, dont l'accouchement s'était effectué du commencement du huitième à la fin du neuvième mois, chez celles qui ont allaité ou non mais avec la différence citée plus haut.

Ce phénomène qui semble paradoxal, avait été pressenti par Wieland et Autefage qui trouvaient que l'utérus à ce moment était sujet à des variations de causes non définies. Depaul disait qu'à cette époque l'utérus variait peu. Mais ce qui a empêché Autefage et Wieland de constater ce fait, c'est qu'ils ont fait des moyennes, de sorte que leurs affirmations vraies si on n'envisage que le point de vue statistique se trouvent complètement fausses pour les cas particuliers.

Dans une observation d'Autefage, observation détaillée et qui, pour cet auteur, est la plus régulière et prouve le mieux le retrait quotidien, on constate que la largeur a augmenté, puis diminué, et augmenté de nouveau pour diminuer ensuite. Il est certain que dans cette observation il a dû trouver cette période d'ascension intercalée entre deux périodes de descente. Dans le tableau qu'il donne de ses moyennes on remarque que le deuxième jour la décroissance en hauteur est plus marquée que dans les autres, tandis qu'au troisième jour elle est moindre, fait-il remarquer et il ajoute que la décroissance reprend au quatrième jour. Pour lui la forte décroissance tient plutôt à un enfoncement dans l'excavation pelvienne qu'a un retrait véri-

table. Mais il n'explique pas la cause du peu de variation des moyennes du quatrième jour.

Si nous nous étions contenté d'additionner tous les chiffres obtenus les mêmes jours dans nos 16 observations nous aurions trouvé à peu de chose près le même résultat que Autefage.

Ainsi par exemple nous trouvons les moyennes suivantes pour la hauteur mesurée au compas :

Premier jour 15 centimètres 75 ; deuxième jour 13 centimètres 75 ; troisième jour 11 centimètres 87 ; quatrième jour 11 centimètres 37 ; cinquième jour 10 centimètres 22 ; sixième jour 8 centimètres 5 ; septième jour 8 centimètres 73 ; huitième jour 8 centimètres 22 ; neuvième jour 8 centimètres 21 ; dixième jour 7 centimètres. Ce qui donne environ deux centimètres de moins pendant les trois premiers jours, très peu de différence entre le troisième et le quatrième jour comme l'avait remarqué déjà Depaul. Les jours suivants la décroissance est moindre avec une petite augmentation le septième jour. Si nous faisions un graphique avec cette courbe nous n'obtiendrions jamais les lignes brisées qu'on obtient en faisant le graphique de chaque cas particulier.

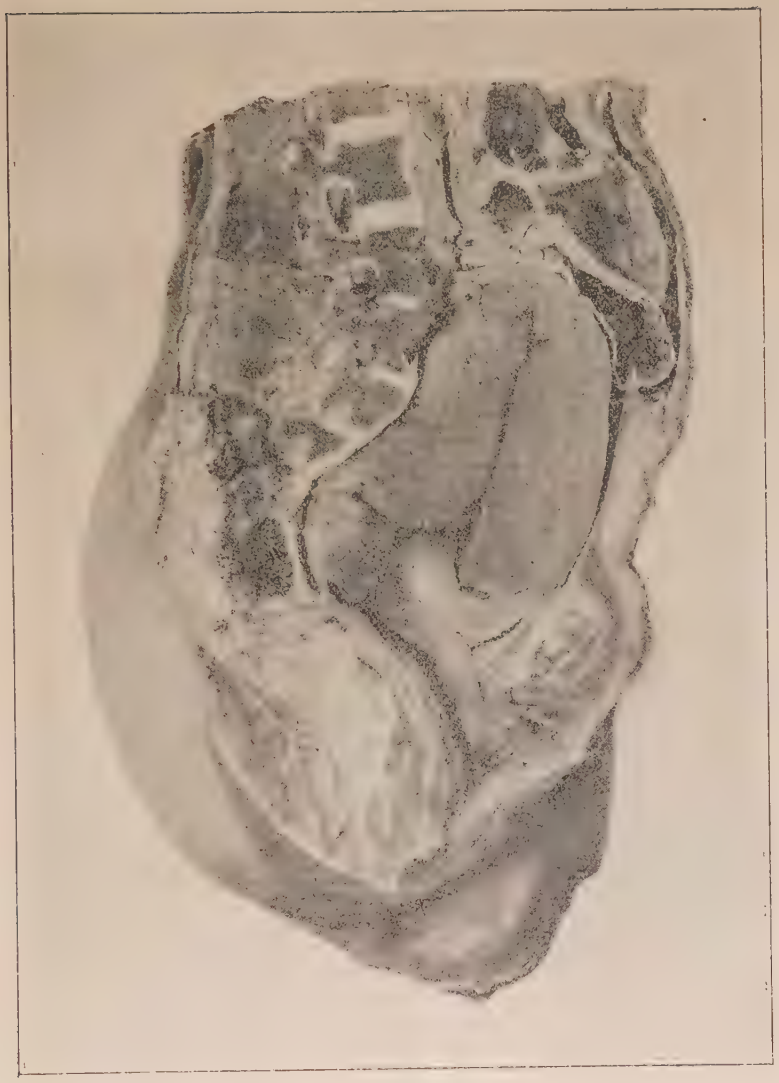
On sait que l'utérus, aussitôt après la délivrance, est mou et plissé au niveau du segment inférieur et du col. D'ailleurs, en pratiquant le toucher chez une femme à ce moment, on sent une masse mollasse tout autour des culs-de-sac vaginaux qui eux aussi sont plissés, mous, se laissant déprimer facilement. Dans la première photographie ci-jointe qui représente la coupe médiane du cadavre d'une femme morte subitement d'endocardite végétante avec rétrécissement mitral quatre heures après l'accouchement, on voit en effet que la moitié à peu près du corps de l'utérus est au-dessous de l'axe du détroit supérieur.

Le segment inférieur de l'utérus est tassé sur lui-même, comme écrasé entre le corps de l'utérus et le plancher pelvien.

L'utérus modèle pour ainsi dire le contour de la colonne lombaire et du sacrum.

Sur notre seconde planche on voit la coupe médiane antéro-postérieure d'un utérus au quatrième jour des couches. La primipare qui en fait l'objet a succombé à la tuberculose pulmonaire. On remarquera sur la photographie que la presque totalité de l'utérus est couchée au-dessus de la symphyse pubienne et de la vessie; et que le segment inférieur, déjà rétracté, n'est plus plissé en accordéon comme il l'est sur la première pièce.

Nous devons à l'obligeance de notre maître M. Potocki les photographies ci-jointes des coupes qu'il a pratiquées lui-même, après congélation, à la Maternité. Les malades étaient accouchées dans le service de M. le docteur Porak, accoucheur en chef de la Maternité, auquel nous adressons nos vifs remercîments pour l'autorisation qu'il nous a donnée de relater succinctement ces observations.



A notre avis, cette deuxième ascension de l'utérus est due aux contractions du muscle dans son segment inférieur qui tend à reprendre sa place et sa situation normales, ce qui amène l'ascension du fond et presque toujours l'augmentation du volume tout entier.

Selon nous, la première partie de la régression se fait seulement au-dessus du segment inférieur pendant deux ou trois jours ; puis le segment inférieur se rétracte pendant un jour ou deux ; enfin la régression continue à partir de cette époque et se fait dans toutes les parties de l'utérus.

Rien que par cette marche qui donne sur le graphique des lignes brisées pendant ces trois périodes qui suivent les premières heures de l'accouchement, on voit que le retrait de l'utérus n'est pas régulier. Quelquefois même, nous avons constaté une augmentation de volume vers le neuvième ou le dixième jour, augmentation qui ne peut s'expliquer par aucune des causes connues. Ces femmes n'ayant pas de température et n'ayant pas expulsé de caillot. Mais cette nouvelle augmentation n'a été que l'exception (deux cas sur seize).

Il faut remarquer aussi que, comme nous l'avons déjà dit, les phénomènes de régression s'arrêtaient et l'utérus augmentait de volume à la moindre menace d'infection puerpérale, la température n'atteignant même pas 37 degrés 8 dixièmes ; nous avons vu dans deux cas où s'était produit une infection légère, les graphiques des mensurations subir parallèlement les oscillations de la courbe de la température.

Comme on peut le constater sur les graphiques ci-joints, la hauteur et la largeur ont presque toujours augmenté ou diminué en même temps. Mais on constate ce fait que les oscillations de la largeur sont moitié moins grandes. Cependant il nous est arrivé dans deux cas de voir la largeur et la hauteur varier inversement, c'est-à-dire que la largeur augmentait quand la hauteur

diminuait et vice-versa. L'utérus prenait alors, tantôt une forme globuleuse, tantôt une forme allongée.

En disant, tout à l'heure, que les variations de largeur étaient deux fois plus faibles que les variations de hauteur, nous n'avons eu en vue que des moyennes ou plutôt ce qui a été constaté le plus souvent.

Dans nos seize observations nous comptons quatre primipares. Nous retranchons volontairement celle de la 7e observation qui n'a pas allaité son enfant pour ne considérer que les trois autres. (5e, 11e et 14e observations).

Dans l'observation 5, la descente s'est faite du deuxième au troisième jour ; dans la 11e, du premier au troisième jour, et dans la 14e, du deuxième au cinquième jour, c'est-à-dire que la descente s'est faite respectivement pendant un et trois jours, ce qui a été noté également chez les multipares. La deuxième période d'ascension, a duré un jour dans les observations 5 et 14, et a été un peu plus longue dans la 11e. Nous avons également observé absolument les mêmes résultats chez les multipares. La régressionn'a pas évolué plus rapidement chez les primipares et aux jours correspondants les dimensions ne sont ni moindres ni plus grandes que celles des autres femmes. La diminution de volume ne s'est produite ni plus ni moins rapidement, ce qui démontre que la régression est la même chez les primipares et chez les multipares. Nous n'avons pas assez d'observations pour pouvoir tirer des conclusions sur la marche de la régression par rapport à la durée du travail.

Nous ne pouvons rien dire non plus ni de l'influence de l'obésité sur la marche de la régression, ni de celle des hémorrhagies qui surviennent après la délivrance ; les femmes qui font le sujet de nos observations étant d'embonpoint moyen et n'ayant jamais eu d'hémorrhagies pendant leurs suites de couches pas plus qu'après la délivrance.

CONCLUSIONS

Après l'accouchement à terme ou près du terme l'utérus augmente de volume pendant les premières heures qui suivent la délivrance ; puis il diminue de volume pendant 2 ou 3 jours en moyenne.

Ses dimensions et principalement sa hauteur augmentent de nouveau à partir de cette époque pendant 24 heures et quelquefois pendant 48 heures.

Après cette deuxième période d'ascension l'utérus diminue progressivement de volume jusqu'à son retour à l'état normal.

Le retrait de l'utérus n'est pas régulier, contrairement à l'opinion admise généralement.

La régression utérine est accélérée sous l'influence de l'allaitement, retardée au contraire dans le cas d'infection puerpérale même légère.

Le retrait de l'utérus ne porte pas toujours également sur sa hauteur et sur sa largeur. Quelquefois la hauteur augmente pendant que la largeur diminue et vice-versa.

Les phénomènes de régression sont les mêmes chez les primipares et les multipares.

BIBLIOGRAPHIE

Autefage. — Étude clinique sur le retrait de l'utérus après l'accouchement; thèse de Paris, 1869.

Auvard. — I. Traité pratique d'accouchements;
II. Travaux d'obstétrique, tome II, hauteur de l'utérus pendant le postpartum.

Balin. — Ueber das Verhalten der Blutgefässe im Utérus nach Stattgehabter Geburt (Archiv, für Gynœcologie 1879; 15 Band. 2, Heft, p. 15).

Charpentier. — Traité pratique des accouchements.

Colin. — Thèse Paris 1847.

Depaul. — Leçons de clinique obstétricale, 1872-1876, page 760.

Duncan, — Clinical lect on diseases of women 2592.

Duval. — De la régénération de l'épithélium des cornes utérines après la parturition (Soc. de Biol. 1890).

Hecker et Buhl. — Klinik der Geburtskunde, 1861, p. 86.

Helme. — Histol. observations on the muscul. fibre and connective tissus of the utérus during the pregnancy and the puerperium. Transact. of the royal Soc. of Edimburgh, 1890.

Labusquière. — An. de Gyn. Oct. 1895. — De l'exploration externe en obstétrique, son importance dans la prophylaxie de la fièvre puerpérale, page 296.

Lott. — Verhalten des Cervix utéri während des Wochenbetts, 1872.

Martin. — Brit. méd. Journ., 31 Août 1896.

Ed. Martin. — Die Neigungen und Beng. der Gebärmutter, etc. 2 Anflage, 1870.

Naegele et Grenser. — Traité pratique de l'art des accouchements.

Pinard. — Traité du palper abdominal, 1889.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique.

Robin. — Mémoire sur les modifications de la muqueuse utérine pendant et après la grossesse (1861).

Serdukoff (de Moscou). — The transactions of the Edimburgh Obstetrical Society, vol. IV (Sessions de 1874 à 1877).

Sinclair. — American gynecological transactions of Boston, 1880.

Stolz. — Thèse, Strasbourg 1826.

Tarnier et Cgantreuil. — Traité de l'art des accouchements, 1882, p. 751.

Testut. — Traité d'anatomie humaine.

Wieland. — Thèse de Paris, 1858. — Étude sur l'évolution de l'utérus pendant la grossesse et sur le retour de cet organe à l'état normal après l'accouchement.

Zamargal. — Déviation latérale avec élévation de l'utérus après l'accouchement (Wiener méd. Blätter, 33, 1896.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Avant-propos 5

Introduction 7

Historique 9

Divers procédés de mensuration de l'utérus et leur valeur comparée. — État de la question. 12

Procédé employé pour nos recherches 17

Observations personnelles 19

Interprétation des résultats 43

Conclusions. 53

Bibliographie 54